

32–34°C 12–24 часа после успешной СЛР, если стартовый вид остановки – фибрилляция желудочков.

Не изменились дозировки большинства медикаментов (исключая атропин при симптомной брадикардии). Не изменилась трактовка причин асистолии и ЭМД.

Изменения, касающиеся ОКС

1. Диспетчер может рекомендовать аспирин (учитывая непереносимость и наличие желудочного кровотечения).

2. Алгоритм несколько упрощен, но упор сделан на стратификацию риска с использованием 12-канальной электрокардиографии.

3. Больше информации о выявлении пациентов с высоким риском при остром инфаркте миокарда.

Не изменилось. Главный акцент делается на реканализацию путем тромболизиса (временной интервал «от двери до иглы» – 30 мин), баллонной ангиопластики (временной интервал «от двери до баллончика» – 90 мин) или аортокоронарное шунтирование по показаниям. Применение дополнительных препаратов (аспирин, гепарин, клопидогрел–плавикс, ингибиторы гликопротеинов) улучшает итоговый результат лечения.

Изменения, касающиеся острого инсульта

Назначение тромболитического препарата при остром ишемическом инсульте показано, если происходит выполнение четкого протокола действий, показаний и противопоказаний и работает подготовленная команда.

Раздел 4. Изменения в сердечно-легочной реанимации детей

1. Сходные рекомендации по ограничениям использования интубации трахеи у детей, здесь также ре-

комендовано широкое применение ларингеальной маски (класс IIb).

2. У детей (в т.ч. до 1 года) следует использовать трахеальные трубки с манжетками, если давление в манжетке менее 20 см водного столба.

3. Подтверждение положения трубки производится физикальными методами и колориметрическим индикатором CO₂. Применение баллонного индикатора показано только у детей массой тела более 20 кг. Контроль положения производится сразу после интубации, во время транспортировки и перемещений пациента.

4. После введения инвазивного устройства следует прекратить работу в соотношении и перейти на независимый массаж с частотой 100–120 в мин без пауз и на вентиляцию с частотой 6–8 в мин, избегая гипервентиляции.

5. Особый акцент сделан на то, что внутривенный или внутрикостный пути введения имеют преимущество перед эндотрахеальным.

6. Построение алгоритма в плане хронологии, однократных разрядов дефибриляции, СЛР, назначение медикаментов аналогично СЛР взрослых.

7. Назначение высоких доз адреналина не показано.

8. Лидокаин рекомендуется в значительно меньшей степени, только в случае если не доступен кордарон.

9. Также на уровне класса IIb рекомендована гипотермия 32–34°C в течение 12–24 часов после успешной реанимации и при продолжении комы.

10. Время окончания реанимации при отсутствии успеха продолжает обсуждаться. Речь идет об отсутствии данных о выживании пациентов без грубых нарушений после второго введения адреналина (≈ 10–12 мин).

11. Положения о дозе энергии для дефибриляции, дозах и перечне медикаментов не изменились.

УДК 616.12-008.315:615.84-78:34

П.В. Сурин, А.С. Пешнин

ЮРИДИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ВНЕДРЕНИЯ ПРОГРАММЫ ОБЩЕСТВЕННО ДОСТУПНОЙ ДЕФИБРИЛЯЦИИ В РОССИИ¹

Тихоокеанская юридическая компания (г. Владивосток)

Ключевые слова: общественно доступная дефибриляция, правовое обеспечение.

В настоящее время в Российской Федерации не существует специального нормативно-правового акта, регулирующего существование общественно доступной дефибриляции и профилактики внезапной сердечной смерти. В связи с этим возникает необходимость в анализе как уже существующих норм права,

регулирующих охрану здоровья граждан, так и в обосновании принятия новых специальных норм, регулирующих внедрение этого вида помощи. Данные нормы должны способствовать всем заинтересованным лицам, занятым в процессе внедрения и реализации программы общественно доступной дефибриляции, эффективно и с пользой для общества заниматься своим делом. В связи с чем соответствующие нормы права должны регулировать следующие аспекты общественно доступной дефибриляции:

- регламентация случаев возможности использования дефибриляторов добровольцами-непрофессионалами;
- определение мест обязательной установки дефибриляторов;
- создание учебно-тренировочных центров по обучению добровольцев-непрофессионалов;
- определение правового статуса сертификатов, выдаваемых добровольцам-непрофессионалам;
- правовое регулирование ответственности лиц, оказывающих сердечно-легочную реанимацию с помощью дефибриляторов;

¹ Доклад на международной конференции «Общественно доступная дефибриляция и профилактика внезапной сердечной смерти» (Южно-Сахалинск, 14–15 сентября 2006 г.).

- определение источников финансирования программы общественно доступной дефибрилляции.

Мировой опыт внедрения общественно доступной дефибрилляции основан на специфике внутреннего законодательства каждого государства. Но, как правило, во многих странах, таких, например, как США, Италия, Великобритания, Австрия, существуют специальные законы или нормы права, регулирующие общественно доступную дефибрилляцию.

Так, в США принят закон, который в обязательном порядке предписывает размещение автоматических внешних дефибрилляторов в каждом федеральном здании. Наряду с этим введена система, распространяющаяся на все слои общества и уделяющая особое внимание малым и отдаленным населенным пунктам. В штате Нью-Йорк (а впоследствии и во многих других штатах) был введен закон, который предписывает обязательную установку автоматических дефибрилляторов во всех образовательных учреждениях. В Италии учреждена Piacenza Progetto Vita (PPV) – система ранней дефибрилляции вне больницы, которая осуществляется добровольцами (немедицинским персоналом), первыми прибывшими на место вызова.

Финансирование данных программ осуществляется в разных странах из разных источников: в США и Великобритании – за счет средств государственного бюджета, в Италии – за счет средств региональных бюджетов, в Австрии – за счет внебюджетного финансирования (средств административных, производственных, общественных и коммерческих организаций, благотворительных фондов, частных лиц).

Практика социально-направленного финансирования в России, основанная на действующем бюджетном законодательстве, показывает, что подобные программы имеют смешанное финансирование (за счет средств федерального, регионального и муниципального бюджетов). Это в свою очередь не исключает возможности их поддержания за счет частных инвестиций.

СТРУКТУРА ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА, РЕГУЛИРУЮЩЕГО ВОПРОСЫ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ ГРАЖДАН В РОССИИ

Законодательное регулирование вопросов охраны здоровья граждан является одним из официально декларируемых в Российской Конституции приоритетных направлений государственной политики. В настоящее время это развивается также за счет реализации так называемых национальных проектов, в том числе проекта по развитию системы здравоохранения.

Вопросы здравоохранения находятся в совместном ведении Российской Федерации и субъектов Российской Федерации: пункт «и» части 1 статьи II Федеративного договора от 31 марта 1992 года «О разграничении предметов ведения и полномочий между федеральными органами государственной власти

Российской Федерации и органами власти краев, областей, городов Москвы и Санкт-Петербурга Российской Федерации» и пункт «ж» части 1 статьи 72 Конституции Российской Федерации.

В соответствии с частью 2 статьи 76 Конституции по предметам совместного ведения Российской Федерации и субъектов Российской Федерации издаются федеральные законы и принимаемые в соответствии с ними законы и иные нормативные правовые акты субъектов Российской Федерации.

В ряде своих постановлений и определений, к числу которых относится и постановление от 9 января 1998 г. № 1-П, Конституционный суд Российской Федерации сформулировал следующие выводы, касающиеся механизма правового регулирования вопросов совместного ведения Российской Федерации и субъектов Российской Федерации, в том числе и в здравоохранении:

- а) субъекты Российской Федерации вправе осуществлять собственное правовое регулирование по предметам совместного ведения до принятия федеральных законов;
- б) законы и иные нормативные правовые акты субъекта Российской Федерации не должны противоречить федеральным законам, принятым по предметам совместного ведения Российской Федерации и субъектов Российской Федерации. В случае наличия такого противоречия действует федеральный закон;
- в) после принятия соответствующего федерального закона законы и иные нормативные правовые акты субъектов Российской Федерации подлежат приведению в соответствие с данным федеральным законом в течение трех месяцев;
- г) по предметам совместного ведения допускается принятие не только законов, но и иных нормативных правовых актов, как субъектами Российской Федерации, так и иными федеральными органами власти в пределах их компетенции.

Схематично российское законодательство, регулирующее охрану здоровья граждан, за исключением нормативно-правовых актов, разграничивающих компетенцию Российской Федерации и субъектов Российской Федерации в области здравоохранения, можно разделить на четыре основных уровня, а именно: 1) федеральные законы общего характера, 2) специальные федеральные законы, региональное законодательство, 3) федеральные и 4) региональные подзаконные акты.

Возглавляют систему законодательства о здравоохранении Основы законодательства об охране здоровья граждан от 22 июля 1993 года № 5487-1 (далее «Основы законодательства»). Основы законодательства – это правовые, организационные и экономические принципы государства в области охраны здоровья граждан, закрепленные на уровне норм права. На их базе основаны специальные федеральные законы, непосредственно регулирующие важнейшие направления

в этой сфере охраны здоровья. К последним, например, относятся Федеральный закон от 10 июля 2001 г. № 87-ФЗ «Об ограничении курения табака», Федеральный закон от 22 июня 1998 г. № 86-ФЗ «О лекарственных средствах» и ряд других.

Законы, принимаемые субъектами Российской Федерации, являются не только дополнительным звеном, способствующим созданию комплексного механизма реализации федерального закона, но и элементом регулирования, который снимает чрезмерную абстрактность общефедеральных норм, наполняя их спецификой региональной практики.

Наиболее обширными и распространенными нормативными актами в медицинской сфере являются подзаконные акты, принимаемые федеральными и региональными органами исполнительной власти. Эти акты, как правило, относятся к регулированию медицинской деятельности и носят узкоспециализированный характер.

Ни один из существующих в настоящее время нормативных актов комплексно не регулирует вопросы общественно доступной дефибрилляции. Представляется, что понятие «общественно доступная дефибрилляция» применимо не только к отношениям врачей и их пациентов в сфере оказания медицинских услуг, но и к отношениям, связанным со спасением жизни граждан в экстремальных ситуациях лицами, не являющимися медицинскими работниками, то есть к отношениям, которые практически не регулируются законодательством о здравоохранении.

ПРАВОВОЕ ОБОСНОВАНИЕ ВОЗМОЖНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ДЕФИБРИЛЛЯТОРОВ ДОБРОВОЛЬЦАМИ-НЕПРОФЕССИОНАЛАМИ

В соответствии со статьей 39 Основ законодательства об охране здоровья граждан, скорая медицинская помощь оказывается гражданам при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства (при несчастных случаях, травмах, отравлениях и других состояниях и заболеваниях), осуществляется безотлагательно лечебно-профилактическими учреждениями независимо от территориальной, ведомственной подчиненности и формы собственности, медицинскими работниками, а также лицами, обязанными ее оказывать в виде первой помощи по закону или по специальному правилу.

Наибольший интерес в плане развития темы данной статьи представляет формулировка Основ законодательства об оказании первой помощи лицами, обязанными ее оказывать «по закону или по специальному правилу». Это единственное упоминание о возможности оказания медицинской помощи лицами, не являющимися медицинскими работниками, к которым могут быть при определенных обстоятельствах отнесены и добровольцы-непрофессионалы. Действительно, на отдельные категории лиц возложена обязанность оказания скорой медицинской помощи

в виде первой помощи. Например, Федеральный закон «О милиции» возлагает на сотрудников милиции обязанность принимать при авариях, катастрофах, пожарах, стихийных бедствиях и других чрезвычайных событиях неотложные меры по спасению людей и оказанию им первой помощи (пункт 13 статьи 10).

Понятие «специальное правило» российское законодательство четко не определяет, поэтому под ним можно понимать любое нормативно закрепленное общеобязательное правило поведения определенных лиц в определенных обстоятельствах. Например, Правила дорожного движения Российской Федерации, часть 2 пункта 2.5 которых возлагает на водителя, причастного к дорожно-транспортному происшествию, обязанность принять возможные меры для оказания доврачебной помощи пострадавшим.

В соответствии с положениями Основ законодательства (абзац 1 статьи 3), законодательство Российской Федерации об охране здоровья граждан состоит из соответствующих положений Конституции Российской Федерации, Конституций (уставов) субъектов Российской Федерации, Основ законодательства, иных федеральных законов и федеральных нормативных правовых актов, а также законов и иных нормативных правовых актов субъектов Российской Федерации. Таким образом, в контексте положений статьи 3 Основ законодательства под формулировкой «в силу закона» должно пониматься как федеральное, так и региональное законодательство.

Следовательно, перечень лиц добровольцев-непрофессионалов, на которых может быть возложена обязанность оказания доврачебной помощи с использованием дефибриллятора, в соответствии с абзацем 3 статьи 3 в его взаимосвязи с абзацем 1 статьи 39 Основ, можно устанавливать как федеральными или региональными законами, так и специальными правилами, установленными федеральными или региональными подзаконными актами.

Мы считаем, что оказание первой медицинской помощи добровольцем-непрофессионалом с помощью дефибриллятора может не считаться медицинской деятельностью, подлежащей лицензированию, так как предполагается, что непрофессионалы будут оказывать первую помощь в силу закона или специального правила, и эта помощь будет носить характер первой экстренной доврачебной помощи. Для этого в законе или специальных правилах, о которых говорилось выше, необходимо предусмотреть такую возможность.

ОРГАНИЗАЦИОННО-ФИНАНСОВЫЕ ВОПРОСЫ ВНЕДРЕНИЯ ОБЩЕСТВЕННО ДОСТУПНОЙ ДЕФИБРИЛЛЯЦИИ

Законодательство о лицензировании не предусматривает получение специальной лицензии на использование дефибрилляторов. Вместе с тем мы считаем, что добровольцам-непрофессионалам необходимо проходить обучение по использованию дефибриллятора с последующим получением соответствующего

сертификата, подтверждающего наличие знаний в данной области. Органом, отвечающим за соответствующее обучение и выдачу (отзыв) сертификата, может выступать как департамент здравоохранения субъекта федерации, так и определенный учебный центр, наделенный соответствующими полномочиями.

Представляется, что соответствующему департаменту здравоохранения субъекта федерации необходимо будет разработать и перечень мест, которые должны быть оснащены внешними дефибрилляторами. Таковыми местами могут быть преимущественно места большого скопления людей (общественные места).

Финансирование реализации данной программы, как было сказано выше, может осуществляться по комбинированному принципу, а именно: за счет регионального бюджета субъекта федерации, с привлечением средств муниципальных образований (при определенных условиях), а также за счет частных инвесторов и плательщиков, в том числе за счет средств, получаемых от реализации договоров на обучение с лечебными учреждениями, общественными, производственными и коммерческими организациями. Опорные пункты дефибрилляции могут предусматривать и внебюджетное финансирование (средства административных, производственных, общественных, коммерческих организаций, общественных фондов, частных лиц).

В связи с тем, что программа внедрения и развития общественно доступной дефибрилляции в регионе, скорее всего, будет носить комплексный характер, включающий в себя и установление дополнительного финансового бремени как на региональный бюджет, так и на юридических лиц и граждан, представляется целесообразным законодательно закрепить данную программу в форме целевой региональной.

В соответствии с пунктом 3 статьи 6 Основ законодательства органы государственной власти субъектов Российской Федерации вправе принимать региональные целевые программы по развитию здравоохранения, профилактике заболеваний, оказанию медицинской помощи, медицинскому образованию населения.

На примере Сахалинской области нам представляется, что данный процесс может выглядеть примерно так. Администрация Сахалинской области в лице департамента здравоохранения области разрабатывает для представления губернатором Сахалинской области в Думу Сахалинской области проект программы общественно доступной дефибрилляции (пункт 4 части 2 статьи 32, часть 3 статьи 48 Устава). Сахалинская областная Дума рассматривает не менее чем в двух чтениях проект закона об утверждении программы общественно доступной дефибрилляции и принимает постановление о принятии соответствующего закона (пункт 3 части 1 статьи 20, часть 2 статьи 48 Устава). Губернатор обнародует принятый Сахалинской областной Думой закон в срок не позднее четырнадцати дней со дня получения. В соответствии

со статьей 51 Устава, законы Сахалинской области вступают в силу после их официального опубликования.

НЕКОТОРЫЕ ВОПРОСЫ УГОЛОВНОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТИ ДОБРОВОЛЬЦЕВ-НЕПРОФЕССИОНАЛОВ

При уголовно-правовом анализе деятельности добровольцев-непрофессионалов по реализации проекта общественно доступной дефибрилляции необходимо отметить два момента. Во-первых, действия добровольцев-непрофессионалов по оказанию первой медицинской помощи с помощью дефибриллятора можно отнести к обстоятельствам, освобождающим от ответственности как совершенные при крайней необходимости. Согласно статье 39 Уголовного кодекса Российской Федерации, не является преступлением причинение вреда охраняемым уголовным законом интересам в состоянии крайней необходимости, т.е. для устранения опасности, непосредственно угрожающей личности и правам данного лица или иных лиц, охраняемым законом интересам общества или государства, если эта опасность не могла быть устранена иными средствами и при этом не было допущено превышения пределов крайней необходимости. (Крайняя необходимость — это состояние, которое вызывается к жизни опасностью, угрожающей охраняемым правом интересам, а также фактической невозможностью устранить эту опасность другими способами и средствами.)

Настоящие действия поощряются законом при условии, что их совершение способствовало предотвращению грозящего вреда. Подобные действия полезны и признаются правомерными. Действовать в состоянии крайней необходимости имеют право все граждане. Однако для определенной категории лиц такое поведение представляет собой правовую обязанность (работники милиции, службы безопасности, спасатели, работники пожарной охраны и др.), неисполнение которой может повлечь дисциплинарную или в отдельных случаях и уголовную ответственность.

Во-вторых, при принятии соответствующего закона края (области), предусматривающего перечень лиц, обязанных оказывать первую медицинскую помощь с помощью дефибриллятора (добровольцев-непрофессионалов), на них автоматически будет возложена ответственность за уклонение от данной обязанности, и они автоматически могут стать субъектами преступлений, предусмотренных статьями 124 и 125 Уголовного кодекса Российской Федерации (неоказание помощи больному, оставление в опасности). Данный вывод является спорным, но последствия, описанные в настоящем абзаце, могут быть возможны на практике.

ВЫВОДЫ

В результате проведенного нами анализа возможности внедрения программы общественно-доступной дефибрилляции в отдельно взятом регионе

Российской Федерации можно сделать следующие выводы:

1. Внедрение общественно-доступной дефибрилляции на территории одного субъекта Российской Федерации, равно как и на всей территории Российской Федерации возможно.
2. Такое внедрение целесообразно осуществлять в виде соответствующей программы, утвержденной законом субъекта федерации.
3. Возможно включение в данную программу положений об оказании доврачебной помощи с использованием дефибрилляторов добровольцами-непрофессионалами.
4. Финансирование такой программы может быть смешанным (бюджетным и за счет средств частных лиц).

Поступила в редакцию 23.01.2007.

LEGAL ASPECTS OF INTRODUCTION OF THE PROGRAM OF THE SOCIALLY ACCESSIBLE DEFIBRILLATION IN RUSSIA

P.V. Surin, A.S. Peshnin

The Pacific legal company (Vladivostok)

Summary – Presented in the international conference “Socially Accessible Defibrillation and Prophylaxis of the sudden cardiac death” (Yuzhno-Sakhalinsk, September, 14–15, 2006). Legal aspects of introduction of programs of socially accessible defi-

brillation in territory of subjects of the Russian Federation are discussed on the basis of laws and acts. Practical recommendations on legal maintenance of the program at a regional level are given.

Pacific Medical Journal, 2007, No. 1, p. 61–65.

Тихоокеанская юридическая компания является российской юридической фирмой, специализирующейся на российском и международном бизнес-праве. Компания существует более 10 лет и имеет богатый опыт сотрудничества с российскими и иностранными фирмами, успешно работающими на территории Российской Федерации и за рубежом. В списке клиентов компании – российские и иностранные производители и продавцы медицинской техники, а также российские и иностранные медицинские учреждения. Компания имеет большой опыт представления интересов своих клиентов в бизнес-проектах и социально значимых проектах, деловых переговорах, а также в судебных и иных государственных органах. Юристы компании находятся во Владивостоке, Южно-Сахалинске и Москве. Компания имеет партнеров в Германии, Голландии, США, Японии.

*Тел.: (4232) 20-88-88 (Владивосток), (4242) 42-14-08 (Южно-Сахалинск), (495) 265-61-59 (Москва).
Электронный ресурс: <http://www.plco.ru>.*

УДК 616.12-008.315:615.84-78

О.В. Карпенко

ПРОГРАММА АВТОМАТИЧЕСКОЙ ДЕФИБРИЛЛЯЦИИ КОМПАНИИ EхxonMobil

(Компания EхxonMobil, г. Южно-Сахалинск)

Ключевые слова: автоматические наружные дефибрилляторы, программа внедрения.

Заболевания сердца представляют собой одну из ведущих проблем здравоохранения во всех странах мира [5, 6]. Одно из наиболее опасных осложнений здесь – внезапная остановка сердца, удельный вес которой среди непосредственных причин смерти в этой нозологической группе составляет 15% [1]. Обычно это осложнение развивается при возникновении аритмий, в частности фибрилляции желудочков. Успешная реанимация в подобных случаях возможна лишь при электрической дефибрилляции, проведенной в течение 3 минут с момента остановки сердца. В современных условиях это становится возможным при широком использовании автоматических наружных дефибрилляторов (АНД) [3].

Наличие и доступность АНД – важный момент в спасении жизни больных в случае внезапной остановки сердца [2]. Однако их эффективное использование возможно лишь при выполнении мероприя-

тий, объединенных в «цепь выживания». Ключевыми звеньями этой цепи являются: 1) раннее оповещение специалистов, 2) немедленное начало сердечно-легочной реанимации, 3) проведение дефибрилляции и 4) неотложная (парамедицинская и медицинская) помощь с введением необходимых кардиотропных препаратов. Исследования показали, что АНД, размещенные в общественных местах, офисах и на промышленных предприятиях в условиях открытого доступа значительно увеличивают шансы на выживание больных после внезапной остановки сердца [7].

Цель настоящего сообщения – представить алгоритм разработки и внедрения в практику программы автоматической наружной дефибрилляции на рабочих площадках компании EхxonMobil [4].

Так, в течение 6 месяцев на одной из производственных площадок компании было зарегистрировано 3 случая внезапной сердечной смерти. Производство расположено в крупном городе, где время доезда бригады скорой медицинской помощи составляет 10 минут. Количество работающих – 1500 человек, средний возраст – 45 лет. Перед руководством возник вопрос – целесообразна ли в данных условиях закупка и установка АНД? Его решение основывалось на так называемой матрице рекомендаций (табл.). Учитывая, что на предприятии достаточно большое количество работающих, входящих по возрасту в группу риска по внезапной сердечной смерти, на основе указанных рекомендаций внедрение программы автоматической наружной дефибрилляции было признано целесообразным.

¹ Доклад на международной конференции «Общественно доступная дефибрилляция и профилактика внезапной сердечной смерти» (Южно-Сахалинск, 14–15 сентября 2006 г.).